

Psychiatrische stoornissen bij patiënten van een geheugenpolikliniek

Citation for published version (APA):

Verhey, F. R. J., Jolles, J., Ponds, R. W. H. M., & Vreeling, F. W. (1993). Psychiatrische stoornissen bij patiënten van een geheugenpolikliniek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137(21), 1054-1058.

Document status and date:

Published: 01/01/1993

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

- ¹⁶ Molen T van der, Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis. *Huisarts Wet* 1991; 34: 377-82.
- ¹⁷ Bange R, Brandwijk K. Geneesmiddelen bij ouderen: mag het ook iets minder zijn? *Huisarts Wet* 1990; 33: 426-8.
- ¹⁸ Dingemans CAJ, Haajier-Ruskamp FM, Stewart R. Geneesmiddelengebruik in het verzorgingsstehuis. Groningen: STYX, 1990.
- ¹⁹ Koopmans RTCM, Ekkerink JLP, Sirre LGNJ, Verkuylen MMJD, Hoogen HJM van den, Weel C van. Multi-infarctdementie bij verpleeghuispatiënten; meer bijkomende morbiditeit en kortere levensverwachting dan bij de ziekte van Alzheimer. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1992; 136: 2223-7.
- ²⁰ Koopmans RTCM, Hell ME van, Jongh F de, Froeling PGAM, Hoogen HJM van den, Weel C van. Het beloop van de ziekte van Alzheimer bij een groep verpleeghuispatiënten: epidemiologie, (bijkomende) morbiditeit en sterfte. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135: 845-50.
- ²¹ Willekens-Bogaers MAJH, Smits GWJM. Neuroleptica in de psychogeriatric. Evaluatie van een behandelvoorstel. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1990; 21: 99-107.

Aanvaard op 16 oktober 1992

Psychiatrische stoornissen bij patiënten van een geheugenpolikliniek

F.R.J. VERHEY, J. JOLLES, R.W.H.M. PONDS EN F.W. VREELING

Stoornissen van het geheugen bij ouderen kunnen wijzen op een scala aan aandoeningen op internistisch, neurologisch en psychiatrisch gebied. Bij patiënten met geheugenklachten wordt het onderzoek in verschillende stappen uitgevoerd: eerst wordt een syndromale diagnose gesteld, bijvoorbeeld 'dementie', 'delirium' of 'amnestische stoornis'. Daarna wordt nagegaan welke factoren, zowel organisch als functioneel, etiologisch en pathogenetisch van belang zijn. Behalve een uitvoerig lichamelijk en neurologisch onderzoek wordt algemeen een gedegen psychiatrisch onderzoek aanbevolen.^{1,2} Er zijn veel organische problemen bekend als oorzaak van geheugen- en andere cognitieve stoornissen. Als functionele oorzaak van geheugenstoornissen wordt in de meeste onderzoeken vrijwel uitsluitend depressie genoemd.³⁻¹⁰ Omdat onvoldoende bekend was of naast depressie ook andere psychiatrische stoornissen voorkwamen, voerden wij een inventariserend onderzoek uit naar de psychiatrische diagnoses bij 430 patiënten, achtereenvolgend verwezen naar een polikliniek voor geheugenstoornissen.

PATIËNTEN EN METHODE

Patiënten. Tussen mei 1986 en mei 1991 werden 430 patiënten volledig in de geheugenpolikliniek van het Academisch Ziekenhuis Maastricht onderzocht. Alle patiënten waren wegens geheugenstoornissen of geheugenklachten verwezen, maar vormden overigens een heterogene groep qua ernst van de cognitieve stoornissen en de achterliggende oorzaken. In tabel 1 staan per categorie de belangrijkste demografische gegevens, de verwijfsbronnen en het cognitieve syndroom (aangegeven als 'dementie' of als 'geen dementie, cognitieve stoornissen, wel of niet geobjectiveerd met neuropsychologisch onderzoek'). Ten aanzien van de organisch-somatische oorzaken op as III ('diagnostic and statistical manual of

SAMENVATTING

Doel. Nagaan in hoeverre ook andere psychiatrische stoornissen dan depressie aanwezig zijn bij oudere patiënten van een gespecialiseerde polikliniek voor geheugenstoornissen.

Methode. Opeenvolgend verwezen patiënten (242 mannen, 188 vrouwen, gemiddeld 61,7 jaar) uit de Maastrichtse Geheugenpolikliniek werden aan de hand van een gestandaardiseerd protocol lichamelijk, neurologisch, psychiatrisch en neuropsychologisch onderzocht. Psychiatrische diagnoses werden gesteld volgens DSM-III-R-criteria.

Resultaten. Van de 152 patiënten met dementie hadden 34 tevens een depressief syndroom, 19 een andere bijkomende psychiatrische stoornis. Van de 37 patiënten met andere psycho-organische stoornissen hadden 16 een organische stemmingsstoornis. Bij de overige 241 patiënten werden bij 152 in totaal 159 functionele psychiatrische diagnoses gesteld: in 100 gevallen betrof dat een stemmingsstoornis, in 59 andere stoornissen, vooral angst-, aanpassings- en persoonlijkheidsstoornissen. In het totaal maakten (primaire of secundaire) stemmingsstoornissen niet meer dan 60% van alle psychiatrische stoornissen uit. Psychopathologische afwijkingen, cognitieve symptomen en achterliggende ziekte kunnen op verschillende wijzen met elkaar samenhangen.

Conclusie. Hoewel stemmingsstoornissen de meest voorkomende psychiatrische stoornissen waren, waren er diverse andere psychiatrische aandoeningen in het kader waarvan geheugenproblemen konden voorkomen. Het psychiatrisch onderzoek bij patiënten met geheugenklachten dient derhalve niet uitsluitend gericht te zijn op het al dan niet vaststellen van depressieve verschijnselen.

mental disorders'; DSM-III-R)¹¹ waren de volgende categorieën te onderscheiden: primair neurodegeneratieve aandoening (vooral ziekte van Alzheimer), cerebrovasculaire aandoening, andere neurologische aandoening, internistisch-somatische aandoening (inclusief alcohol- en geneesmiddelenintoxicatie), geen diagnose op as III, en een restcategorie van patiënten met een onduidelijke ziekteoorzaak. De meest gestelde diagnoses in de groep 'andere neurologische aandoening' waren: epilepsie (n = 23), schedel- of 'whiplash'-trauma (n = 20), ziekte van Parkinson (n = 15), ziekte van Huntington (n = 7) en tumor cerebri (n = 6). In de groep met internistisch-

Academisch Ziekenhuis, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.
Afd. Klinische Psychiatrie: F.R.J. Verhey, zenuwarts; prof. dr. J. Jolles, neuropsycholoog-neurochemicus; drs. R.W.H.M. Ponds, neuropsycholoog.

Afd. Neurologie: F.W. Vreeling, neuroloog.

Correspondentie-adres: F.R.J. Verhey.

TABEL 1. Kenmerken van 430 op geheugenstoornissen onderzochte patiënten en indeling naar etiologische categorie van de aandoening

kenmerk	aandoening						totaal
	primair degeneratief	cerebrovasculair	anderszins neurologisch	internistisch-somatisch	geen diagnose*	onbekend	
aantal patiënten	91	60	96	24	132	27	430
man/vrouw	36/55	40/20	60/36	18/6	71/61	17/10	242/188
leeftijd: gemiddeld (uitersten)	72 (50-88)	72 (35-88)	56,6 (16-81)	57 (27-87)	56 (21-85)	61,7 (23-85)	61,7 (16-88)
verwijzer: aantal (%)							
huisarts	39 (43)	15 (25)	20 (21)	10 (41)	50 (38)	18 (67)	152 (35)
neuroloog	28 (31)	31 (51)	59 (61)	8 (33)	44 (33)	5 (19)	175 (41)
psychiater	18 (20)	7 (12)	12 (13)	3 (13)	34 (26)	3 (11)	77 (18)
overige	6 (7)	7 (12)	5 (5)	3 (13)	4 (3)	1 (4)	26 (6)
cognitief syndroom: aantal (%)							
dementie	88 (97)	41 (69)	17 (18)	4 (17)	2 (2)	0 (0)	152 (35)
geen dementie							
geobjectiveerd†	3 (3)	19 (31)	73 (76)	17 (71)	77 (58)	20 (74)	209 (49)
niet geobjectiveerd‡	0 (0)	0 (0)	6 (6)	3 (13)	53 (40)	7 (26)	69 (16)

* Geen diagnose op as III van de DSM-III-R.¹¹

† Cognitieve stoornissen geobjectiveerd met neuropsychologisch onderzoek.

‡ Cognitieve stoornissen subjectief.

somatische aandoeningen ging het onder meer om geneesmiddelenintoxicatie ($n = 6$) en alcoholabusus ($n = 4$).

Onderzoek. In de polikliniek voor geheugenstoornissen wordt iedere patiënt uitvoerig neuropsychiatrisch en neuropsychologisch onderzocht volgens een gestandaardiseerd protocol.¹² Een samenvatting en een toelichting van dit protocol zijn weergegeven in tabel 2. Het neuropsychiatrisch onderzoek wordt uitgevoerd door een ervaren zenuwarts. Gemiddeld is met de diagnostiek, inclusief het neuropsychologisch onderzoek, ongeveer 4 h per patiënt gemoeid.

Psychiatrische stoornissen, inclusief dementie, werden gediagnostiseerd volgens de criteria van de DSM-III(-R).¹¹ Voor deze inventarisatie werden alleen de assen I, II en III (respectievelijk diagnosen van het psychiatrisch toestandsbeeld, van persoonlijkheidsstoornissen en van relevante organisch-somatische aandoeningen) beschouwd. De diagnosen 'waarschijnlijk ziekte van Alzheimer' en 'mogelijk ziekte van Alzheimer' werden gesteld volgens de NINCDS/ADRDA-criteria,² vasculaire dementie werd gediagnostiseerd met behulp van de ischemiescore (score > 7).¹⁹

RESULTATEN

Tabel 3 geeft een matrix weer van de psychiatrische diagnosen op as I en as II per verschillende as III-categorieën. In het totaal werd bij 189 patiënten een psycho-organische diagnose en bij 152 patiënten een functionele psychiatrische diagnose gesteld. De overige 89 patiënten hadden geen psychiatrische (DSM-III-R) diagnose.

Bij de 189 patiënten met een psycho-organische stoornis ging het in 152 gevallen om dementie. Bij 53 van hen (36%) was er sprake van bijkomende psychopathologische afwijkingen, bij 34 was dat depressie. Bij 2 patiënten met dementie en depressie hield het dementiesyndroom,

althans deels, causaal verband met de depressie, hetgeen bleek uit verbetering van de cognitieve stoornissen na antidepressieve therapie. Bij de overige 32 patiënten werd de psychopathologische afwijking niet als oorzaak van het dementiesyndroom gezien.

Bij 37 patiënten werd een ander organisch psychosyndroom dan dementie gediagnostiseerd, met name een organische persoonlijkheidsstoornis en organische stemmingsstoornis (bij respectievelijk 19 en 16 patiënten). De eerste diagnose kwam bij uiteenlopende aandoeningen voor, waaronder de ziekte van Pick, trauma cerebri en alcoholabusus, de tweede kwam relatief vaak voor bij de ziekte van Parkinson (6 patiënten).

Bij 152 patiënten werd er 159 maal een functionele psychiatrische diagnose gesteld op as I of as II. Het merendeel betrof een stemmingsstoornis, te weten: depressie of dysthymie (respectievelijk 38% en 25%); dysthymie, voorheen ook 'neurotische' of 'personale depressie' genoemd, is een toestand die in vergelijking met depressie een niet zo ernstige stemmingsdaling laat zien, minder vitale kenmerken heeft en chronischer is.¹⁷ Een functionele aandoening anders dan een stemmingsstoornis werd 59 maal (38%) gediagnostiseerd. Dit betrof vooral aanpassingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen. Bij 101 van de 152 patiënten met functioneel psychiatrische aandoeningen (66%) konden de cognitieve klachten met neuropsychologisch onderzoek worden geobjectiveerd, bij de overigen werden geen abnormale testprestaties gezien.

Relatie tussen psychische stoornissen, achterliggende aandoening en cognitieve stoornissen

De cognitieve verschijnselen, het psychiatrisch toestandsbeeld en de achterliggende aandoening stonden op een aantal manieren met elkaar in verband. Aan de hand van 5 ziektegeschiedenissen lichten wij dit toe.

TABEL 2. Neuropsychiatrisch en neuropsychologisch standaardonderzoek in de Maastrichtse Geheugenpolikliniek

<i>onderzoek</i>	<i>met speciale aandacht voor</i>
anamnese	klachten, ontstaan, beloop, ziektebesef en -inzicht, betekenis
hetero-anamnese	klachten, ontstaan, beloop, 'objectieve' gegevens over sociaal functioneren, persoonlijkheidsverandering
neuropsychiatrische anamnese	familieanamnese, vroege ontwikkeling, schoolperiode, opleiding, beroep, neurologische en psychiatrische voorgeschiedenis, hersentraumata, epilepsie, cerebrovasculair accident, neurotoxische stoffen
tractus-anamnese	standaardanamnese, zintuigen, alcohol, geneesmiddelen, voeding
lichamelijk onderzoek	standaardonderzoek, verouderingsverschijnselen
neurologisch onderzoek	standaardonderzoek, primitieve reflexen (bijv. zuigreflex), gedrags-neurologisch onderzoek
psychiatrisch onderzoek	bewustzijn, depressie, angst, piekeren, obsessie, psychose, persoonlijkheid, gedragsstoornissen
neuropsychologisch onderzoek	psychometrisch en gedragsneurologisch onderzoek, ¹³ en vanuit het informatieverwerkingsparadigma: ¹⁴ geheugenopslag, -opdiepen, -spanne, tempo, interferentiegevoeligheid, complexe informatieverwerking, apraxie, afasie, agnosie, planning, evaluatie, oriëntatie, intelligentie, lezen, schrijven, rekenen verdiepend persoonlijkheidsonderzoek
aanvullend onderzoek	laboratorium-, röntgenonderzoek (op indicatie: computertomografie, kernspinresonantie-tomografie en elektro-encefalografie)

beoordelingsschalen

'global deterioration scale',¹⁵ een maat voor de globale ernst van de algehele achteruitgang; 'mini-mental state',¹⁶ een globale maat voor de cognitieve achteruitgang, afgenomen als voorbereiding op het neuropsychologisch onderzoek; 'Blessed dementia scale',¹⁷ een maat van sociaal (dys)functioneren; 'Hamilton depression scale',¹⁸ maat van depressieve symptomencomplexen; 'Hachinski ischemic score',¹⁹ een maat voor de waarschijnlijkheid van een vasculaire ziekteoorzaak

Patiënt A, een man van 72 jaar, werd verwezen voor de differentiaaldiagnose dementie of depressie. Bij onderzoek bleken tekenen van de ziekte van Parkinson. Er was verder sprake van een progressief dementiesyndroom met geheugenopdiepproblemen, begripsproblemen, een uitgesproken mentale traagheid en voorts een (ongemotiveerd) verlaagde stemming. Reeds bij lage dosis antidepressiva werd patiënt verward. De Parkinson-verschijnselen en de depressieve symptomen reageerden wel redelijk op levodopa-therapie, maar de cognitieve verschijnselen bleven onverminderd bestaan.

Commentaar. Bij deze patiënt waren zowel de psychiatrische als de cognitieve verschijnselen waarschijnlijk het gevolg van de cerebrale aandoening.²⁰

Patiënt B, een man van 63 jaar, werd verwezen met de vraagstelling: dementie of depressie? Sinds 2 jaar, na de dood van een dochter, was sprake van geheugenstoornissen, apathie, desoriëntatie en zelfverwaarlozing. Er bestond een dementiesyndroom met vooral subcorticale kenmerken. Opvallend was het aantal 'Ik weet niet'-antwoorden, waardoor een gedegen

neuropsychologisch onderzoek niet mogelijk was. Met antidepressieve medicatie en ondersteunende gesprekken verbeterden zowel de cognitieve als de affectieve verschijnselen groten-deels.

Commentaar. Bij deze patiënt had een primaire psychiatrische stoornis (depressie) verminderd cognitief functioneren tot gevolg, zodanig zelfs dat er syndromaal sprake was van dementie. Hiervoor bestaan zowel psychologische verklaringen, bijvoorbeeld gebrek aan motivatie,^{21,22} als biologische (verminderde activiteit van serotonine en noradrenaline).^{22,23} Deze door depressie geïnduceerde dementie blijkt evenwel in een aantal gevallen uiteindelijk de voorloper te zijn van een primair neurodegeneratieve aandoening, met name de ziekte van Alzheimer.²⁴

Patiënt C was een vrouw van 70 jaar. Haar broer was al langer bekend wegens de ziekte van Alzheimer. Direct bij binnenkomst zei zij in paniek: 'Ik heb dezelfde ziekte in het hoofd, en dat is heel erg!' Zij maakte een uitgesproken angstige indruk. Er waren paniekaanvallen bij confrontatie met haar cognitieve stoornissen in testsituaties. Bij verder onderzoek bleek een licht dementiesyndroom met vooral stoornissen van het geheugen en lichte afasie.

Commentaar. Bij deze patiënte was er, afgezien van de organische aandoening, sprake van een psychologisch bepaalde reactie: door een hersenaandoening kunnen cognitieve stoornissen bestaan, waarbij een intact ziektebesef kan leiden tot heftige gevoelens van angst. Een dergelijk mechanisme speelt waarschijnlijk in vroege stadia van de ziekte van Alzheimer een rol.²⁵

Patiënt D, een 56-jarige administrateur, was sinds enkele jaren afgekeurd wegens 'overspannenheid'. Er waren chronische klachten over depressieve gevoelens, verminderde concentratie, prikkelbaarheid en verhoogde vermoeibaarheid (de DSM-III-R-classificatie luidde: dysthyme stoornis). De voorgeschiedenis vermeldde 2 maal een hersenschudding en 2 maal een operatie (onder algehele narcose) wegens hiatus-hernia. Bij neuropsychologisch onderzoek werden geen geheugenstoornissen geobserveerd; wel waren er een verhoogde gevoeligheid voor afleidende stimuli en algehele traagheid in het verwerken van informatie. Patiënt had vooral baat bij een aantal gesprekken met de neuropsycholoog, waarin dieper ingegaan werd op de aard van de cognitieve verschijnselen en adviezen in het omgaan daarmee werden gegeven. Twee jaar nadien bleek de stemming duidelijk te zijn verbeterd, terwijl de bevindingen bij neuropsychologisch onderzoek onveranderd waren.

Commentaar. Patiënten met soortgelijk klachtenbeeld zien wij betrekkelijk vaak. Hoewel deze klachten doorgaans psychologisch worden geduid,²⁶ bestaan er ook aanwijzingen dat biologische factoren een zekere rol spelen in de pathogenese. Uit eigen onderzoek bij een groep dysthyme patiënten bleek dat de prevalentie van potentieel hersenbeschadigende factoren in de anamnese (zoals alcoholabus, hersentrauma en narcose) hoger was dan die bij een normale controlegroep.²⁷ Dergelijke factoren vergroten de kans op verminderd cognitief functioneren bij toenemende leeftijd.²⁸ Het is dan vaak niet goed duidelijk of de cognitieve stoornissen een gevolg zijn van de psychische problemen of juist andersom. Het feit dat de depressieve symptomen wel, maar de cognitieve stoornissen niet na 2 jaar verbeterden, suggereert dat de stemmingsproblemen eerder het gevolg van het verminderd cognitief functioneren waren dan andersom.

Patiënt E, een vrouw van 62 jaar, maakte zich zorgen over een verminderde werking van haar geheugen, hoewel bij uitgebreid testonderzoek de prestaties aan de hoge kant bleken te liggen.

TABEL 3. Het verband tussen de psychiatrische diagnoses (op as I en as II van de DSM-III-R)¹¹ en relevante somatische aandoeningen (as III) bij 430 patiënten op een polikliniek voor geheugenstoornissen

diagnose	aandoening op as III						totaal (n = 430)
	primair degeneratief (n = 91)	cerebro- vasculair (n = 60)	anderszins neurologisch (n = 93)	internistisch- somaatich (n = 24)	geen diagnose (n = 132)	onbekend (n = 27)	
geen diagnose op as I of as II	1	12	34	7	15	20	89
psycho-organische stoornis							
dementie							
ongecompleeerd	55	27	13	4	—	—	99
met depressie	20	9	3	—	2	—	34
met wanen	2	1	—	—	—	—	3
met delirium	—	1	—	—	—	—	1
met angststoornis	6	2	—	—	—	—	8
met gedragsstoornis	3	1	1	—	—	—	5
met obsessieve stoornis	2	—	—	—	—	—	2
organische persoonlijkheidsstoornis	3	2	10	3	—	1	19
organische stemmingsstoornis	2	3	10	1	—	—	16
organische waanstoornis	—	—	—	1	—	—	1
delirium	—	—	—	1	—	—	1
functionele stoornis							
depressie	—	1	5	5	50	—	61
dysthymie	—	—	2	—	35	2	39
aanpassingsstoornis	—	1	11	1	9	1	23
persoonlijkheidsstoornis	—	—	2	—	16	—	18
angststoornis	—	—	1	1	3	1	6
fobie/obsessief-							
compulsieve stoornis	—	—	—	—	4	—	4
dyslexie	—	—	—	—	2	—	2
zwakbegaafdheid	—	—	—	1	1	—	2
somatoforme stoornis	—	—	—	1	1	—	2
psychose	—	—	—	—	2	—	2

Er was sprake van een dwangmatige persoonlijkheid, waarbij angst voor dementie een belangrijke factor was.

Commentaar. Bij deze patiënte was geen sprake van een organische aandoening of van cognitieve stoornissen. De klachten kwamen voort uit hevige ongerustheid over een hersenaandoening in combinatie met onevenredige dwangmatige eisen aan het geheugen.

BESCHOUWING

Hoewel stemmingsstoornissen (depressie en dysthymie) bij de bestudeerde groep patiënten het merendeel van de psychiatrische diagnoses uitmaakten, liet deze inventarisatie zien dat geheugenklachten ook bij diverse andere psychiatrische stoornissen vóórkomen. In de meeste onderzoeken wordt echter depressie als nagenoeg enige psychiatrische verklaring voor de cognitieve verschijnselen gegeven: in 8 publikaties over oorzaken van geheugenstoornissen bij tezamen 998 patiënten uit verschillende geheugen- of dementieklinieken werd bij 133 patiënten een psychiatrische stoornis (geen dementie) gediagnostiseerd:³⁻¹⁰ bij 112 van hen ging het om een depressie (84%). In onze groep maakten primaire en secundaire stemmingsstoornissen samen slechts 60% van alle psychiatrische stoornissen uit. Verder werden vooral aanpassings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen gediagnostiseerd.

Uit ander onderzoek werd duidelijk dat bij een belangrijk aantal patiënten de psychiatrische stoornis niet door de verwijzer was vastgesteld, maar pas na evaluatie in de geheugenpolikliniek werd gediagnostiseerd.²⁵ In deze gevallen kan het vóórkomen van een psychiatrische stoornis niet hebben bijgedragen tot selectie van de patiënten. Het is derhalve aannemelijk dat de gevonden resultaten ook voor een algemenere neurologische, psychiatrische of geriatrische praktijk relevant zijn.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de discrepantie tussen onze bevindingen en die van de meeste andere onderzoeken. De polikliniek voor geheugenstoornissen van het Academisch Ziekenhuis Maastricht is deels een tertiair verwijscentrum; ongeveer 50% van de verwijzingen is door de huisarts. Verwijsbronnen van de andere onderzoeken variëren sterk: op eigen initiatief,⁶ uit de eerste lijn,^{3,5,7} of nagenoeg uitsluitend uit de tweede lijn.⁴ Ook verschilt de samenstelling van de groepen patiënten uit de verschillende onderzoeken onderling, zowel in gemiddelde leeftijd (57,7-75,8 jaar),^{10,4} als in het aandeel van patiënten met dementie (51%-94%).^{6,4} In onze groep lag de gemiddelde leeftijd op 61,7 jaar en voldeed 35% aan de criteria voor dementie. Deze aspecten hebben elk hun invloed op de prevalentie van psychiatrische stoornissen, hoewel de

exacte omvang van de selectiebias voor alle factoren samen moeilijk is aan te geven.

Voorts lijkt ook de aard van de diagnostiek een belangrijke verklarende factor te zijn. Zo wordt de psychiatrische evaluatie in sommige onderzoeken expliciet beperkt tot het nagaan of depressie-symptomen aanwezig zijn.^{3,7} vindt die alleen plaats door een psychiater als een andere specialist depressie vermoedt,⁵ of wordt niet duidelijk gemaakt met welke criteria psychiatrische diagnoses worden gesteld.^{6,10} In een aantal gevallen is het derhalve waarschijnlijk dat de relatief hoge prevalentiecijfers voor depressie, en de lage voor niet-affectieve stoornissen, toe te schrijven zijn aan een te beperkt uitgevoerd psychiatrisch onderzoek. Het is te verwachten dat incomplete psychiatrische diagnostiek leidt tot een onderschatting van het aantal niet-affectieve stoornissen, waardoor potentiële behandelmogelijkheden te weinig benut zullen worden.

CONCLUSIE

Hoewel geheugenklachten vaak in het kader van depressie of andere stemmingsstoornissen voorkomen, kunnen ze ook worden gezien bij een scala aan andere psychiatrische stoornissen. Het is derhalve onjuist om in de differentiële diagnostiek van geheugenstoornissen uitsluitend te letten op het wel of niet vóórkomen van depressieve stoornissen.

Met dank aan N. Rozendaal, verantwoordelijk voor het gegevensbestand van de geheugenpolikliniek, voor zijn bijdrage aan dit onderzoek.

ABSTRACT

Psychiatric disorders in patients attending an outpatient memory clinic.

Objective. To determine whether psychiatric conditions other than depression are relevant in elder patients with memory disturbances.

Methods. 430 consecutive outpatients (242 males, 188 females; mean age 61,7 years) who visited the Maastricht Memory Clinic were examined, according to a standardised diagnostic procedure, including somatic, neurological, psychiatric and neuropsychological examination. Psychiatric disorders were diagnosed according to DSM-III(-R) criteria.

Results. Of 152 patients with dementia, 34 had a secondary depressive syndrome, 19 another secondary psychiatric disorder. Of the 37 patients with a psycho-organic disorder other than dementia, 16 had an organic mood disorder. Of the other 241 patients, 152 had 159 primary psychiatric diagnoses: mood disorders in 100 cases and other psychiatric disorders in 59 cases, especially adjustment disorders, anxiety disorders and personality disorders. Together, only 60% percent of all primary or secondary psychiatric disorders were mood disorders. Various ways in which organic substrate, cognitive problems and psychopathology can be interrelated are discussed.

Conclusion. Although affective disorders were the most frequent psychiatric disorders, several other psychiatric conditions were related to memory disturbances as well. Psychiatric assessment in patients with memory complaints should not be restricted to the diagnosis of depressive symptoms.

LITERATUUR

- ¹ Schulte BPM. Consensusdiagnostiek bij het dementiesyndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 981-5.
- ² McKhann G, Drachmann D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA workgroup under the auspices of the department of health and human services task force on Alzheimer's disease. Neurology 1984; 34: 939-44.
- ³ Garcia CA, Reding MJ, Blass JP. Overdiagnosis of dementia. J Am Geriatr Soc 1981; 29: 407-10.
- ⁴ Larson EB, Reifler BV, Featherstone HJ, English DR. Dementia in elderly outpatients: a prospective study. Ann Intern Med 1984; 100: 417-23.
- ⁵ Erkinjuntti T, Sulkava R, Kovanen J, Palo J. Suspected dementia: evaluation of 323 consecutive referrals. Acta Neurol Scand 1987; 76: 359-64.
- ⁶ Philpot MP, Levy RA. Memory clinic for the early diagnosis of dementia. J Geriatr Psychiatry 1987; 2: 195-200.
- ⁷ Cammen TJM van der, Simpson JM, Fraser RM, Preker AS, Exton-Smith AN. The memory clinic. A new approach to the detection of dementia. Br J Psychiatry 1987; 150: 359-64.
- ⁸ Walstra GJM, Derix MMA, Hijdra A, Crevel H van. Een polikliniek voor geheugenstoornissen; eerste ervaringen. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 328-32.
- ⁹ Weiner MF, Bruhn M, Svetlik D, Tintner R, Hom J. Experiences with depression in a dementia clinic. J Clin Psychiatry 1991; 52: 234-8.
- ¹⁰ Smith J, Kiloh L. The investigation of dementia: results in 200 consecutive admissions. Lancet 1981; ii: 824-7.
- ¹¹ American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Revised version. Washington DC: APA, 1987.
- ¹² Verhey FRJ, Jolles J, Ponds RWHM, et al. Diagnosing dementia: a comparison between a monodisciplinary and multidisciplinary approach. J Neuropsychiatr Clin Neurosci 1993; 5: 78-85.
- ¹³ Christensen AL. Luria's neuropsychological investigation. Copenhagen: Munksgaard, 1975.
- ¹⁴ Sternberg DE. Memory scanning: new findings and current controversies. Q J Exp Psychol 1975; 27: 1-32.
- ¹⁵ Reisberg B, Ferris S, Leon M de, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136-9.
- ¹⁶ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1977; 12: 189-98.
- ¹⁷ Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. Br J Psychiatry 1968; 114: 797-811.
- ¹⁸ Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62.
- ¹⁹ Hachinski V, Illif L, Zilkha E, et al. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol 1975; 32: 632-7.
- ²⁰ Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. Am J Psychiatry 1992; 149: 443-54.
- ²¹ Cohen RM, Weingartner H, Smallberg SA, Pickar D, Murphy DL. Effort and cognition in depression. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 593-7.
- ²² Emery VO, Oxman TE. Update on the dementia spectrum of depression. Am J Psychiatry 1992; 149: 305-17.
- ²³ Zubenko GS, Moosy J, Kopp U. Neurochemical correlates of major depression in primary dementia. Arch Neurol 1990; 47: 209-14.
- ²⁴ Reding M, Haycox J, Blass J. Depression in patients referred to a dementia clinic. A three-year prospective study. Arch Neurol 1985; 42: 894-6.
- ²⁵ Verhey FRJ, Rozendaal N, Ponds RWHM, Jolles J. Dementia, awareness and depression. Int J Geriatr Psychiat 1993 (ter perse).
- ²⁶ Akisal HS. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. Am J Psychiatry 1983; 140: 11-20.
- ²⁷ Verhey FRJ, Reyers van Buuren EJ, Jolles J. Neuropsychiatric disturbances in the presenium: possible contribution to early diagnosis of dementia. Clin Neurol Neurosurg 1987; 89 (Suppl II): 22.
- ²⁸ Houx PJ. Cognitive aging and health-related factors. Maastricht, 1991. Proefschrift.

Aanvaard op 4 september 1992